



Formulario de Inscripción 2022

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un Plan Medicare Advantage

Para unirse a un plan, debes:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los EE.UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debes tener ambos:

- Medicare Parte A (Seguro Hospitalario)
- Medicare Parte B (Seguro Médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Puedes unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de recibir por primera vez Medicare
- En ciertas situaciones en las que se te permite unirse o cambiar de plan

Visita Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puedes inscribirte en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Tu número de Medicare (el número de tu tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Tu dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debes completar todos los artículos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se te puede negar la cobertura porque no lo completes.

Recordatorios:

- Si deseas unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe obtener tu formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Tu plan te enviará una factura por la prima del plan. Puedes optar por firmar para que se deduzcan tus pagos de prima de tu cuenta bancaria o de tu beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué sucederá después?

Envía tu formulario completo y firmado a:

MMM Healthcare, LLC

PO BOX 71114

SAN JUAN, PR 00936-8014

Una vez que procesen tu solicitud para unirse, se pondrán en contacto contigo.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llama a MMM al 833-647-9555.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-522-0655.

O bien, llama a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

In English: Call MMM at 833-647-9555 / 1-877-522-0655 (TTY) or Medicare toll free at 1-800-633-4227 and press 2 for English assistance and a representative will be available to assist you.

Núm. de boleta: _____

Núm. de agente de ventas: _____

Por favor, llama a MMM Healthcare, LLC (MMM) si necesitas información en otro idioma o formato (ejemplo: letra agrandada). Este documento se encuentra disponible en nuestra página web www.mmmpr.com en letra agrandada para acceso inmediato.

Sección I - Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Para afiliarte a MMM o PMC, por favor provee la siguiente información:

Selecciona el plan al que deseas afiliarte:

Plan	Número PBP	Cubierta	Prima Mensual	Contrato
<input type="checkbox"/> MMM Supremo (HMO-C-SNP)	009	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4003
<input type="checkbox"/> MMM Integral (HMO-C-SNP)	052	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4003
<input type="checkbox"/> MMM Único (HMO-POS)	019	Médica y Medicamentos Recetados	\$15	H4003
<input type="checkbox"/> MMM Elite (HMO-POS)	034	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4003
<input type="checkbox"/> MMM Extra (HMO-POS)	044	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4003
<input type="checkbox"/> MMM Dinámico (HMO-POS)	051	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4003
<input type="checkbox"/> PMC Max (HMO-POS)	056	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4004
<input type="checkbox"/> MMM Balance (HMO-POS)	063	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4004
<input type="checkbox"/> MMM Poderoso (HMO-POS)	064	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4004
<input type="checkbox"/> MMM Plenitud (HMO-POS)	065	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4004
<input type="checkbox"/> MMM Diamante Platino (HMO-D-SNP)	017	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4003
<input type="checkbox"/> MMM Valor Platino (HMO-D-SNP)	047	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4003
<input type="checkbox"/> MMM Relax Platino (HMO-D-SNP)	061	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4004
<input type="checkbox"/> MMM Bono Platino (HMO-D-SNP)	062	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4004
<input type="checkbox"/> MMM Grande Platino (HMO-D-SNP)	049	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4003
<input type="checkbox"/> PMC Premier Platino (HMO-D-SNP)	048	Médica y Medicamentos Recetados	\$0	H4004

Apellidos:

Nombre:

Inicial:

Apodo: (opcional)

Fecha de nacimiento

 - -

Mes Día Año

Sexo: Número de teléfono residencial:

 M **F** - -

Número de teléfono celular:

 - -

¿Tiene correo electrónico? Si No

Correo electrónico: _____

Dirección de residencia permanente (no se permite el apartado de correos):

Ciudad:

Estado:

 P R

Código postal:

 - 

Cubierta médica anterior (Opcional):

Triple S Humana MCS Medicare Original Otro: _____

Selección de beneficio Platino

Medicare Platino es una opción de cubierta ofrecida por **MMM** en conjunto con el **Gobierno Federal y el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico** (Medicaid). La Administración de Servicios de Salud ha combinado sus beneficios para ofrecer el Programa Medicare Platino para todos los beneficiarios de Medicaid con las Partes A y B de Medicare.

¿Estas afiliado en el Programa Medicaid del Estado? Sí No

Si contestaste "sí", por favor, provee una copia de el formulario titulado "Notificación de acción tomada sobre la solicitud y/o reevaluación del programa de asistencia médica" (hoja MA10), y provee el número requerido por Medicare para confirmar su cubierta de Medicaid: _____



Por favor, lee y firma esta información importante:



- Debo mantener tanto la Parte A (Hospital) y la Parte B (Médico) para permanecer en MMM.
- Al unirme a este Plan Medicare Advantage, reconozco que MMM compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, para hacer pagos y para otros propósitos permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Tu respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi mejor entender. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, seré dado de baja del plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera con los Estados Unidos.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura MMM, debo obtener todos mis beneficios de medicamentos médicos y recetados de MMM. Los beneficios y servicios proporcionados por MMM y contenidos en mi documento MMM "Evidencia de Cubierta" (también conocido como contrato de afiliado o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni MMM pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 1. Esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta inscripción, y
 2. La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

Fecha de hoy:

- -

Mes

Día

Año

Firma del beneficiario y/o tutor legal:



SECCIÓN 2 - TODOS LOS CAMPOS DE ESTA PÁGINA SON OPCIONALES

ES TU ELECCIÓN RESPONDER A ESTAS PREGUNTAS. NO SE TE PUEDE NEGAR COBERTURA POR NO COMPLETARLA.

Selecciona uno si deseas que te enviemos información en un idioma distinto a español:

Inglés Español

Selecciona uno si deseas que te enviemos la información en un formato accesible:

Letra regular Letra agrandada

Por favor, llama al 1-866-333-5470 (libre de cargos) si necesitas información en otro formato accesible (ejemplo: Braille y audio CD) o idioma distinto a los que están listados arriba. Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Usuarios del sistema TTY (audio impedidos) deben llamar al 1-866-333-5469.

1. ¿Trabajas? Sí No ¿Posees otro seguro de salud? Sí No

Nombre de la otra cubierta: _____ Número de identificación de la cubierta: _____

Número de Grupo de la cubierta: _____ Fecha de efectividad de la cubierta: _____

2. ¿Tu cónyuge trabaja? Sí No

3. ¿Resides en una instalación de cuidado prolongado, como un centro de envejecientes? Sí No

Si contestaste "sí", por favor provee la siguiente información:

Nombre de la institución: _____ Número de teléfono: _____

Nombre de la persona encargada de la institución: _____



Por favor, incluye la información del Proveedor de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés) que seleccionaste:

Apellidos:

Nombre:

Número de teléfono:

 - -

Ciudad: _____

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Selecciona uno o más:

Documentos

Solicitado por correo electrónico

por Representante de Ventas/Agente / Productor Independiente de MMM

Documentos	Solicitado por correo electrónico	por Representante de Ventas/Agente / Productor Independiente de MMM
Lista de cotejo Pre Afiliación		<input type="checkbox"/>
Comprobante Provisional de Afiliación		<input type="checkbox"/>
Carta Calificaciones por Estrellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resumen de Beneficios (SB, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificación Anual de Cambios (si aplica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evidencia de Cubierta (EOC, por sus siglas en inglés) (incluye Notificación de Privacidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificación de disponibilidad electrónica de la Evidencia de Cubierta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formulario de Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Directorio de Proveedores y Farmacias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificación de disponibilidad electrónica del Directorio de Proveedores y Farmacias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catálogo OTC (si aplica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificación de Privacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aviso de No Discriminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documento de múltiples idiomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Pagando su prima del plan

Para beneficiarios que se están afiliando en un plan con prima:

Puedes pagar la prima mensual del plan (incluyendo cualquier penalidad por inscripción tardía que tengas o pueda adeudarse) por correo, Transferencia Electrónica de Fondos (EFT) o por tarjeta de crédito cada mes. **También puedes optar por pagar la prima al tenerla automáticamente deducida de tu beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes.**

Si tienes que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debes pagar esta cantidad adicional además de la prima de tu plan. La cantidad generalmente se saca de tu beneficio del Seguro Social, o puedes recibir una factura de Medicare (o la RRB). NO pagues a MMM la Parte D-IRMAA.

Si no seleccionas una opción de pago, recibirá una libreta de pago.

Por favor, selecciona una opción de pago de la prima:

- Deducción automática de tu cheque de beneficio mensual del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés). La deducción del Seguro Social/RRB puede tomar dos meses o más para comenzar, luego de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta la solicitud para deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficio del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas que debe pagar desde la fecha de efectividad de su afiliación hasta el punto en que su retención comienza. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba tu solicitud para deducción automática, se te enviará una libreta de pago por las primas mensuales.

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

- Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) de tu cuenta bancaria cada mes. Por favor, incluye un cheque CANCELADO o provee la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta:

Número de ruta bancario: Número de cuenta bancaria:

Tipo de cuenta: Cheque Ahorro

- Recibir una libreta de pago.
- Si deseas pagar con tarjeta de crédito, comunícate con Servicio al Afiliado al 866-333-5470 / 866-333-5469 (TTY).

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", System No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.



Uso Oficial Solamente: ICEP IEP AEP OEP SEP NO ES ELEGIBLE

	Código SEP	Afirmaciones del período de elección especial (SEP, por sus siglas en inglés)
<input type="radio"/>	MOV	El próximo mes me mudaré o en los últimos dos meses me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual. Fecha de la mudanza: _____
<input type="radio"/>	MDE	Tengo Medicare y Medicaid, o el Estado me ayuda con el pago de las primas de Medicare.
<input type="radio"/>	LEC	Ya no cumpla con los requisitos para la cubierta de mi patrono anterior, o abandoné la cubierta de un patrono. Fecha de pérdida: _____
<input type="radio"/>	OTH	Tengo necesidades especiales que permiten una excepción en mi inscripción (MMM evaluará su caso y se comunicará con usted).

Uso Oficial Solamente:

Número de identificación del plan: _____

Fecha de recibo del Representante de Ventas/Agente/Productor Independiente: - -
Mes Día Año

Fecha de efectividad de la cubierta: - -
Mes Día Año

Lugar de venta:

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seminario | <input type="checkbox"/> Hogar/WI | <input type="checkbox"/> Correo | <input type="checkbox"/> Oficina | <input type="checkbox"/> Fax |
| <input type="checkbox"/> Teléfono UCID: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Walk-in | <input type="checkbox"/> Institución/Hogar Custodio | |
| <input type="checkbox"/> Teléfono Institución: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | |

¿Dónde consiguió información del plan?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Oficina de su médico | <input type="checkbox"/> Rótulo en valla | <input type="checkbox"/> Correo |
| <input type="checkbox"/> Revista | <input type="checkbox"/> Empleado de MMM | <input type="checkbox"/> Folleto | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Referido por familiar o amigo | <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Cliente previo |
| <input type="checkbox"/> Oficina de MMM | <input type="checkbox"/> Fax | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Nombre del Representante de Ventas/Agente/Productor Independiente: _____

Firma del Representante de Ventas/Agente/Productor Independiente: _____

Número de Empleado/Agente/Productor Independiente: _____

Número de Confirmación de Cita: _____



1. Entiendo que la información que estoy autorizando a divulgar, podría ser compartida sin contar con las protecciones de las regulaciones federales de privacidad.
2. La información que autorizo a ser divulgada por MMM comprende cualquiera de las siguientes:
 Información demográfica, reclamaciones y pagos, data de encuentros, elegibilidad e inscripción, beneficios y cubierta, información clínica relacionada a tratamiento, diagnósticos [nombre de enfermedad o condición), procedimientos recibidos, intervenciones, planes de cuidado médico [sin incluir notas de psicoterapia], laboratorios, récords médicos, información para identificar proveedores de salud [médicos, hospitales, laboratorios, etc], información sobre determinaciones organizacionales, MTM [Programa para el Manejo de Terapia de Medicamentos] u Otro: _____
3. Esta información podrá ser utilizada para los siguientes propósitos (marque todas las que aplique):
 - A solicitud del afiliado
 - Procedimiento legal
 - Para realizar cambios de PCP, dirección o teléfono y/o solicitud de un duplicado de la identificación del afiliado.
 - Otro: _____
4. Entiendo que la organización o individuos autorizados para utilizar o divulgar la información no recibirán una compensación por hacerlo.
5. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo rehusar firmarla. Negarme a firmar no afectará mi elegibilidad para beneficios o afiliación, los pagos o la cubierta de servicios o habilidad de obtener tratamiento.
6. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.
7. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándole por escrito a Servicios al Afiliado de MMM a la dirección postal PO BOX 71114, SAN JUAN PR 00936-8014.
8. Entiendo que tengo el derecho de solicitar y recibir la Notificación de las Prácticas de Privacidad de MMM.

***Si este documento aún no se ha retirado, esta autorización vencerá en la primera de las siguientes fechas (seleccione una de las siguientes opciones):**

- Un año desde la fecha de la firma de este documento** **Esta autorización vence el:**

		-			-				
Mes			Día			Año			

Nombre del Afiliado y/o Representante Legal: (En letra de molde) _____

Fecha: _____

Firma del Afiliado y/o Representante Legal: _____

Fecha: _____

Firma del Testigo:

(Se requiere firma de una tercera persona como testigo si el afiliado firma con una X)

Fecha: _____

Si esta autorización es firmada por el representante legal asignado, favor de proveer documentación del representante como lo es requerido por la Ley Estatal (ej. Poder Notarial, Tutoría Legal).

Sólo para el Representante Legal / Tutor Designado:

Relación Legal con el Miembro / Individuo: _____ La evidencia incluye: _____

